

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

14

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 novembre 1895, à 1 heure

Par HENRI DOURIEZ

Né à Boulogne-sur-Mer, le 26 février 1870
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'assistance publique

REMARQUES

SUR

LE TRAITEMENT ACTUEL DES MÉTRITES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. RECLUS, professeur.
TUFFIER, BROCA, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine 45

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

14

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 novembre 1895, à 1 heure

Par HENRI DOURIEZ

Né à Boulogne-sur-Mer, le 26 février 1870
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'assistance publique

REMARQUES

SUR

LE TRAITEMENT ACTUEL DES MÉTRITES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { RECLUS, professeur.
TUFFIER, BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PRISA

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants.	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER.
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTÉRIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propos à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON PERE
ET DE MA MÈRE

REMARQUES
SUR
LE TRAITEMENT ACTUEL
DES MÉTRITES

INTRODUCTION

Jusqu'à une époque encore rapprochée, à ne considérer que les années qui nous en séparent, mais qui semble déjà lointaine tant est grand le chemin parcouru depuis lors, les affections inflammatoires de l'utérus, aussi bien que celles des annexes, demeurèrent presque exclusivement justiciables d'un traitement médical. A chacun des symptômes, l'on s'efforçait d'opposer la thérapeutique la mieux appropriée; mais vis à vis des lésions, le praticien se trouvait désarmé; cette impuissance était d'autant plus grande que les lésions mêmes étaient insuffisamment connues et que, des différents

stades de leur évolution, l'anatomo-pathologie n'était guère appelée à constater que les étapes ultimes, et se trouvait amenée à leur accorder toute l'importance. Y a-t-il si longtemps que l'on a attribué aux salpingo-ovarites le rôle qui leur convient dans les pelvi-péritonites d'origine génitale ?

De l'avènement de l'antisepsie, on l'a dit souvent, date une ère nouvelle de la thérapeutique abdominale. Après quelques hésitations, quelques tâtonnements où la nouvelle méthode perfectionne ses procédés, précise et codifie ses exigences et prend conscience de toute sa valeur, le chirurgien n'hésite plus à ouvrir le péritoine, à rechercher dans le petit bassin les organes malades et à éteindre sur places les foyers d'infection. Premier résultat : des constatations faites ainsi sur le vivant permettent de déterminer l'évolution chronologique de l'infection et mettent en lumière la place importante qu'y occupe l'inflammation des annexes ; celle-ci elle-même succède, par continuité de muqueuses ou par voie lymphatique à l'inflammation utérine : pathogénie nouvelle et d'où découlent des indications thérapeutiques très précises. Tant que l'inflammation est limitée à l'utérus, curettage ; s'étend-elle aux trompes, laparotomie et ovario-salpingectomie ou même, en cas d'annexite double, hystérectomie vaginale qui crée un drainage aux suppurations pelviennes, thérapeutique rationnelle et qui promettait d'être féconde en résultats ; on

sait les beaux succès obtenus par la chirurgie abdominale en cas d'annexites; chose singulière, au premier abord, on fut moins heureux avec les métrites. C'est souvent, il est vrai, que tandis que laparotomie et hystérectomie sont pratiquées exclusivement par des professionnels de la chirurgie, il n'est si modeste praticien qui ne se croie en mesure de risquer un curettage; et, plus d'une fois sans doute, une faute d'antisepsie ou un râclage incomplet de la muqueuse a dû compromettre le résultat de l'opération. Mais souvent aussi la curette a été tenue par des maîtres, toutes les précautions de rigueur ont été prises : la malade est sortie de l'hôpital guérie en apparence; et pourtant quelques mois, un an, deux ans après, sans qu'il y ait toujours infection nouvelle, elle revient, avec une trompe, parfois les deux trompes atteintes.

C'est que le curettage pur et simple, après une dilatation progressive par les lamineaires comme après une dilatation extemporanée, est de soi un traitement insuffisant. C'est un point qu'on a déjà mis en lumière; *le curettage est et doit être un élément important de la cure des métrites, mais il n'en est pas le seul*. Notre ambition serait d'apporter à l'appui de cette manière de voir quelques observations nouvelles, et d'indiquer nettement le traitement qu'il convient d'associer au curettage, avant comme après, pour en obtenir des résultats durables.

Et de même que la méthode antiseptique, tout

en améliorant dans une énorme proportion le pronostic des amputations des membres, « en a restreint d'autre part les indications », et cela en désinfectant et en pansant plus rationnellement les plaies ; de même aussi, nous semble-t-il, *si l'on sait panser en temps utile les plaies utérines, on diminuera le nombre des cas où l'infection propagée aux annexes rend indispensables des opérations radicales.*

Bref, une « *chirurgie conservatrice* » a sa raison d'être pour les organes génitaux de la femme comme pour les membres, à condition de savoir l'employer intelligemment et d'une façon opportune.

Il semblerait de prime abord que ce soit sortir de notre sujet que d'envisager l'étiologie des métrites et de passer en revue les formes cliniques qu'elles affectent. Nous voulons le faire pourtant, car il en découle des notions importantes au point de vue thérapeutique ; c'est l'étiologie qui commande le traitement préventif ; c'est de l'étude des symptômes qu'il faut faire dériver pour chaque forme clinique le traitement qui lui convient.

A côté des classiques, article de Delbet dans le *Traité de Chirurgie, Gynécologie de Pozzi*, IV^e volume de la *Pathologie externe* de Bouilly, nous avons consulté pour la rédaction de ces deux chapitres la remarquable thèse du Dr Raffray sur les métrites.

Au moment de terminer nos études médicales,

ce nous est un devoir d'adresser l'expression de notre gratitude aux maîtres éminents dont nous avons recueilli les leçons et qui ont bien voulu guider notre jeune expérience.

En nos années d'externat, nous avons pu apprécier l'enseignement clinique si clair et si pratique de M. le professeur Tillaux, les brillantes leçons au lit du malade de M. le Dr Chauffard, professeur agrégé. C'en est pas sans fierté que nous nous rappelons la bienveillance amicale dont nous ont honoré ces maîtres. M. le professeur Tillaux nous en donne un nouveau gage en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale ; et nous le prions d'agréer nos sentiments d'affectueuse reconnaissance.

Nous gardons également un souvenir durable à M. le professeur Ball de regrettée mémoire.

C'est chez ces maîtres, durant nos années d'externat, et c'est aussi dans les services de M. le professeur Duret, de la faculté catholique de Lille ; de M. le professeur Tédénat de Montpellier ; de M. Moizard, médecin des Enfants-Malades à Paris ; de M. Ribemont-Dessaignes, accoucheur de la Maternité de Beaujon ; que s'est fait notre apprentissage clinique.

Nous leur exprimons notre gratitude, et notre seul regret serait de n'avoir pas su profiter de leurs doctes leçons.

A Dieu ne plaise que j'oublie les bons offices que m'ont rendus pour mon instruction médicale

mes excellents amis Pauchet et Planque, internes des hôpitaux et lauréats de l'Assistance Publique. Eux, je n'ai garde de les remercier, ils me demanderaient pourquoi : tant l'Amitié de sa nature est grande dame, et trouve tous services qu'elle rend chose trop naturelle pour en garder mémoire.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE DES MÉTRITES.

Qu'il existe des métrites associées à telle maladie générale, la chose a été mise hors de conteste pour les fièvres éruptives notamment ; mais il s'agit là de faits assez rares et l'on peut dire que dans l'immense majorité des cas toute métrite est due, soit à la puerpéralité, soit à la blennorrhagie :

A la puerpéralité, qu'il s'agisse d'accouchements ou d'avortements.

L'écoulement du liquide amniotique fait une antisepsie suffisante des voies génitales, qui normalement, dans toute la partie située au-dessous de l'orifice interne du col, donnent asile à des colonies microbiennes. Aussi toute infection utérine qui succède à l'accouchement est-elle d'origine extérieure : c'est la sage-femme, c'est le médecin, c'est l'entourage du malade qu'il faut incriminer, immédiatement après l'accouchement. Toutes les causes de dystocie en prolongeant la durée, en multipliant les introductions digitales ou instrumentales, augmentent par là-même les chances d'infection. Celle-ci est encore à redouter durant le temps nécessaire pour que le

travail de rétrogression de l'organe s'accomplisse, dans cet état de turgescence et de congestion il est en effet des plus aptes à fournir un excellent terrain pour les agents de la suppuration ; et plus d'une fois une imprudence, telle que fatigue due à la marche, au coït prématuré, a déterminé une affection utérine à longue portée.

Plus encore que l'accouchement normal, l'avortement est un facteur d'infections : Est-il provoqué ? les instruments introduits dans ce but criminel réalisent fort imparfaitement les conditions d'une bonne asepsie, et c'est là sans doute le moindre souci des faiseuses d'anges. Est-il spontané ? En pareil cas, la parturiente souvent est atteinte de quelque tare organique, brightisme ou syphilis, qui lui crée une infériorité vis à vis des germes. Dans l'un ou l'autre cas, la rétention fréquente d'une partie des membranes ou du placenta est une cause surajoutée d'infection.

A côté de la puerpéralité, la blennorrhagie réclame sa large part dans l'étiologie des métrites. Rarement le contagion vient d'une blennorrhagie aiguë ; le plus souvent, c'est une blennorrhagie subaiguë, ou mieux encore une blennorrhée dont le pus habituellement stérile est redevenu infectant à la suite d'un excès, qui détermine la métrite. Celle-ci peut être subaiguë ; mais elle est généralement chronique d'emblée ; ajoutons qu'elle est rapidement envahissante, et si l'on n'y prend garde, même sans grands symptômes douloureux,

l'inflammation se propage aux annexes. C'est là un point sur lequel on doit être mis en garde, d'autant que ces métrites d'origine blennorrhéenne sont loin d'être exceptionnelles dans beaucoup de jeunes ménages, et par les lésions irrémédiables qu'elles déterminent à bref délai du côté des annexes, elles sont susceptibles d'entraîner l'infécondité de la femme.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE DES MÉTRITES

Nous emprunterons aux auteurs la classification la plus usuelle des métrites : métrites aiguës ou subaiguës, et métrites chroniques. A chacune de ces deux classes, en effet, convient un traitement différent. Mais nous n'aurons garde de chercher dans la notion d'étiologie une raison de scinder les métrites chroniques ; c'est que souvent les deux causes habituelles de toute inflammation utérine, puerpéralité et blennorrhagie sont associées, soit qu'elles coexistent, soit qu'elles se succèdent ; et il est alors impossible de séparer ce qui est dû à l'une ou à l'autre cause. Au surplus, la chose est de peu d'importance au point de vue qui nous occupe plus spécialement, puisque la métrite chronique, de quelque origine qu'elle soit, relève de la même thérapeutique.

§ 1. — *Métrites aiguës et subaiguës*

A. — *Métrites puerpérales*

Les endométrites immédiatement consécutives à l'accouchement se partagent en trois classes d'après Bumm :

a. — *L'endométrite septique avec infection générale* qui n'est autre que la localisation utérine de la septicémie.

b. — *L'endométrite septique localisée* qui relève de l'infection streptococcique. Elle débute en général par un frisson, et la température monte à 38°,5 le matin, 39° le soir. Des troubles gastriques divers, langue sale, anorexie complète, vomissements parfois, constipation, s'associent à une céphalalgie plus ou moins marquée. Les tranchées utérines sont plus intenses, moins fréquentes ; les lochies sont diminuées, elles acquièrent une odeur particulière, aigrelette, et la coloration en est roussâtre. Au palper l'utérus est douloureux ; au toucher le vagin est chaud, l'utérus volumineux. Cet état de choses se prolonge une dizaine de jours, puis la douleur s'amende, la fièvre disparaît, l'utérus entre en régression mais plus lentement qu'à l'ordinaire. *La fièvre de lait*, des anciens auteurs, n'est elle-même qu'une forme atténuée de cette métrite septique puerpérale ; il est prouvé en effet qu'en pareil cas on peut incriminer une infection provenant, soit de la sage-femme, soit de l'entourage de l'accouchée. La fièvre très légère apparaît vers le deuxième ou troisième jour et ne dure guère.

c. — *L'endométrite putride* est due à l'intervention des germes de la putréfaction sans association strepto-coccique.

B. — *Métrites blennorrhagiques.*

La blennorrhagie, elle aussi, est capable de provoquer une endométrite aiguë. Quelques jours après le coït suspect, vagin et portion vaginale du col sont pris, et rapidement l'inflammation s'étend à l'endomètre. La vulve violacée, œdématiée donne issue à un muco-pus jaune-verdâtre, très riche en gonocoques, qui tache et empèse le linge. La malade se plaint d'une sensation de pesanteur abdominale. Le toucher est douloureux : le vagin est chaud, les deux lèvres de l'orifice utérin œdématiées. Si l'on peut introduire le spéculum, on constate que le col a une couleur lie de vin et l'on voit sourdre de l'utérus un pus filant, jaune-verdâtre.

Livrée à elle-même, cette blennorrhagie se limite à un point donné de l'appareil génital, le col le plus souvent ; et à l'inflammation aiguë succède une métrite chronique du col.

§ 2. — *Métrites chroniques.*

A. — *L'endométrite hémorrhagique*, caractérisée par la prédominance d'écoulements sanguins abondants, tend à être rayée de la classification. On admet, en effet, que les hémorrhagies de ces prétendues métrites sont causées, ou par la rétention d'un fragment de placenta après un avor-

tement de 3 ou 4 mois, ou par la présence à la surface de la muqueuse utérine de petits fibromes polypifformes assez peu volumineux pour ne fournir aucun signes de tumeur.

B. — De même *la métrite pseudo-membraneuse*, où l'on constate la sortie par l'orifice utérin de débris de membrane, est due à la rétention d'une partie ou de la totalité de la caduque ; et c'est celle-ci qui s'éliminant secondairement présente l'aspect d'une fausse membrane.

Restent donc trois formes cliniques de la métrite chronique : catarrhale, parenchymateuse, cervicale.

C. — *La forme catarrhale* est caractérisée par l'abondance de l'écoulement. Il faut en pareil cas faire la part de la leucorrhée d'origine vaginale, liquide blanc, laiteux, fluide, franchement acide et rougissant le papier de tournesol, et de la sécrétion d'origine utérine. Celle-ci elle-même n'est pas homogène ; le liquide excrété par les glandes de la muqueuse du corps est blanc-jaunâtre, relativement fluide ; celui qui provient du col même est opaque, mêlé de stries blanchâtres, quelquefois franchement purulent, il est extrêmement adhérent. Les troubles de la menstruation sont variables ; tantôt les règles sont douloureuses, augmentées de durée et d'intensité au point de constituer de véritables ménorrhagies ; tantôt, et moins fré-

quëment, elles subissent une diminution qui pour Pozzi est due, non à la métrite elle-même, mais à l'anémie que cause la métrite. Il existe en même temps des douleurs dans le bas-ventre, au niveau de l'utérus, irradiant vers les lombes, vers les membres inférieurs ; ces douleurs, souvent supportables, parfois assez vives, sont loin d'atteindre le degré d'acuité qu'elles ont dans les formes de métrite parenchymateuse.

A ces troubles fonctionnels, s'associe cet ensemble de symptômes généraux qui constitue le syndrome utérin et dont l'intensité est plus en rapport avec la réaction nerveuse de chaque malade qu'avec l'étendue ou la gravité des lésions : troubles digestifs, vomissements, constipation, anorexie ; troubles nerveux, névralgies intercostales, sciatiques, abdomino-génitales, coccygiennes ; état d'impressionnabilité exagérée, hypochondrie, etc. Mais c'est l'examen des malades qui fournit en pareil cas les renseignements le plus précieux.

La malade dont le rectum et la vessie doivent être vides se couche sur son lit ; le médecin, les mains préalablement lavées et passées dans une solution antiseptique, introduit l'index, le côté externe en haut, dans la cavité vaginale jusqu'à la rencontre du col. Il constate, chemin faisant, si les parois vaginales sont chaudes, sensibles. Arrivé sur le col, il en interroge successivement la sensibilité, la fixité ; à moins de lésions annexielles l'utérus reste mobile, et le doigt le fait aisé-

ment basculer dans un sens ou dans un autre. Les deux lèvres du col sont œdématiées, parfois elles sont le siège de petits kystes qui donnent la sensation de petits *grains de plomb*. Le col lui-même est volumineux ; il n'est pas exceptionnel qu'il ait subi un véritable allongement hypertrophique ; il est douloureux. L'introduction du spéculum permet de constater qu'il est violacé, que les deux lèvres forment ectropion, et que son volume s'est exagéré.

L'hystérométrie fournit peu de renseignements.

D. — C'est elle au contraire qui fournit le plus sérieux appoint au diagnostic de la *métrite parenchymateuse*. Dans cette forme, que ses signes physiques comme ses signes fonctionnels rapprochent à bien des points de vue de la forme catarrhale, on a affaire à des utérus plus douloureux, plus volumineux ; et c'est l'hystérométrie qui décèle cette augmentation de volume, on trouve en effet 10 et 11 centimètres de longueur pour un organe qui n'en a pas plus de 6 centimètres et demie à 7 en moyenne.

E. — Enfin dans la *métrite limitée au col*, on trouve surtout un allongement hypertrophique du col dont l'orifice est béant, et qui présente des ulcérations des déchirures plus ou moins profondes.

CHAPITRE III

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

La métrite est une maladie microbienne : interdire aux microbes l'entrée de la cavité utérine, c'est donc tarir la source d'infection, et c'est le but que doit se proposer le médecin.

Aux microorganismes habituels du vagin il suffit d'opposer les soins de propreté journalière qui doivent être de règle chez toutes les femmes.

Vis à vis des infections puerpérales et blennorrhagiques, c'est de plus loin qu'il faut y parer.

Sans doute, on n'a plus à redouter actuellement à la suite des accouchements normaux, ces accidents terribles, suraigus, de septicémie qui emportaient les malades en peu de jours ; mais il y a bien souvent encore des infections moins immédiatement graves, mais dont les conséquences pour l'avenir sont sérieuses. Ce sont celles-ci qu'il faut supprimer. Toute femme, arrivée au terme de sa grossesse, doit prendre quotidiennement de grands bains ; quand le travail a commencé, les organes génitaux externes doivent être nettoyés à la brosse et au savon. Il n'est pas nécessaire de

raser les poils du pubis ; mais il est souvent préférable de raccourcir ceux des grandes lèvres. Ne pratiquer le toucher qu'autant que cela est nécessaire, et ne pas le renouveler sans raison ; prendre toutes les précautions de rigueur en tous cas pour le rendre aseptique : ongles curés avec soin, mains brossées au savon, lavées au sublimé. Des précautions analogues s'imposent à plus forte raison, en cas d'intervention opératoire quelle qu'elle soit ; tous les instruments employés doivent être ou flambés ou bouillis, si l'on n'a pu, ce qui est préférable, les passer à l'étuve. Après l'accouchement, nombre d'auteurs, dont M. Ribemont-Dessaignes pensent que l'injection intra-utérine est superflue, et peut être plus nuisible qu'utile, si le matériel employé n'est pas rigoureusement propre. Les injections vaginales au contraire sont très indiquées le jour même et les jours qui suivent l'accouchement. Il serait à désirer que les malades gardassent le repos durant trois semaines environ, et il ne faut autoriser le coït qu'après le retour des règles.

En ce qui concerne la blennorrhagie le vrai danger n'est pas dans les formes aiguës qui rendent le coït douloureux pour l'homme et qui sont aisées à constater ; il est dans cette forme sournoise et chronique, indolore, et malaisément constatable qu'on appelle la goutte militaire.

S'il y a doute sur l'existence de la blennorrhée, le meilleur moyen de se renseigner à cet égard

c'est de pratiquer une instillation de nitrate d'argent dans l'urèthre postérieur : on détermine ainsi un réveil momentané ; de l'écoulement le pus est examiné au microscope et il est facile d'y constater la présence ou l'absence des gonocoques.

Si l'on en trouve, interdire le coït au malade et instituer le traitement par les instillations de Guyon, et les injections de sublimé au 1/10000.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES AIGUES.

Qu'il s'agisse d'une endométrite d'origine puerpérale ou blennorrhagique, la malade doit garder le repos absolu au lit ; les demi-mesures : chaises longues, fauteuils Voltaire, ne sont pas de saison : « repos au lit, repos complet comme pour une fracture de cuisse » suivant l'heureuse formule employée par le professeur Tillaux.

Ceci dit, passons aux indications spéciales que comportent les métrites suivant la cause qui les a produites.

Dans la *métrite blennorrhagique*, on commencera par assurer l'antisepsie du vagin, par un lavage à l'eau savonneuse, puis au sublimé. Ceci fait, on pourra introduire dans le col utérin un crayon d'iodoforme ou encore, après un ou deux jours de dilatation préalable, une petite mèche iodoformée trempée dans la teinture d'iode. Puis on pratiquera un tamponnement très dense et très volumineux du vagin, afin de déplier les plis de la muqueuse ; la femme restera quinze jours couchée. Un autre traitement qui donne éga-

lement de bons résultats c'est, la malade demeurant toujours couchée, de pratiquer trois fois par jour de grandes irrigations vaginales, avec une solution de permanganate de potasse au 1/4000.

Pour *l'endométrite puerpérale*, nous nous trouvons en présence de deux méthodes de traitement, toutes deux appuyées de noms autorisés. En pareil cas, M. Budin conseille les irrigations continues intra-utérines. L'école de Pinard lui préfère le curettage. Le manuel opératoire en est des plus simples ; l'utérus étant mou, il n'y a pas besoin de recourir à la dilatation préalable, et on peut introduire d'emblée la grosse curette. Un danger contre lequel il faut être mis en garde, c'est celui de perforer l'utérus ; le muscle en effet, congestionné, œdématié, n'a plus sa consistance ordinaire et ne rend plus sous la curette le bruit spécial, du *cri utérin*. C'est là une notion qu'on doit avoir présente à la mémoire, sous peine de s'exposer à des mécomptes. La méthode de Budin, si elle n'a pas les mêmes avantages, n'offre pas les mêmes inconvénients ; et le praticien qui ne se sent pas assuré de son antiseptie et de sa valeur opératoire pourra la choisir de préférence.

CHAPITRE V

TRAITEMENT MÉDICAL DES MÉTRITES CHRONIQUES.

Ce traitement exige vingt jours de repos complet au lit ; il demande, chez la malade, comme chez le médecin, une certaine dose de patience ; mais c'est une vertu qu'il ne leur sera pas trop malaisé de pratiquer, si l'on songe qu'elle est indispensable pour amener la guérison et éviter pour l'avenir des complications du côté des annexes.

Le premier jour, la malade prend un grand lavement et un purgatif, les deux jours suivants encore un lavement. Pendant ces trois jours on la soumet aux grandes irrigations vaginales dont on ne peut exagérer l'importance dans toutes les affections gynécologiques, quelles qu'elles soient. Le siège de la malade étant dans une position déclive, on attache une fontaine de dix litres d'eau bouillie, à 45°, à environ cinquante centimètres au-dessus du plan du lit, et l'on emploie pour l'irrigation une canule en verre aseptisée, et n'ayant qu'un seul orifice à son extrémité.

L'injection doit durer environ trois quarts d'heure pendant lesquels col utérin et vagin bai-

gnent dans un liquide brûlant ; on a pris soin au préalable d'enduire la vulve et la face interne des cuisses d'une couche de vaseline. Ces injections sont faites deux fois par jour.

Le quatrième jour on peut commencer la dilatation. La vulve et le vagin bien nettoyés avec le savon, puis avec une solution de sublimé tartrique au 1/1000^e, on applique une valve courbe sur la fourchette et l'on saisit la lèvre inférieure du col avec une pince de Museux, l'on pratique l'hystérométrie pour apprécier la profondeur et la direction de la cavité ; on saisit ensuite avec une pince à pansement une tige de laminaire conservée dans de l'étheriodoformé, on la plonge dans une solution d'huile phéniquée et on l'enfonce dans l'utérus, doucement et progressivement. On a eu soin de ne pas retirer le fil de soie attaché à une des extrémités de la tige car il sera d'un grand secours pour la retirer. Quand elle est en place, on l'y maintient par des tampons de gaze iodoformée dont on remplit le vagin ; sans cette précaution, les contractions utérines pourraient l'expulser au cours de la journée. On donne à deux reprises dans ce même jour un lavement laudanisé qui a le double avantage de calmer les douleurs produites par la présence de la laminaire et d'empêcher en constipant la malade que la tige ne soit expulsée dans un effort de défécation.

Le cinquième et le sixième jour, on introduit une nouvelle tige, chaque jour plus volumineuse.

Le septième jour, on retire définitivement les lamineuses. Avec une pince à pansement coiffée de gaze iodoformée, qu'on a trempée dans la teinture d'iode, on écouvillonne vigoureusement toute la surface interne de la matrice. Il est contre-indiqué d'employer à cet usage l'écouvillon de crin, lequel n'est pas commodément stérilisable. On introduit alors dans l'utérus un drain en caoutchouc durci, troué et gros comme le pouce ; et on l'y maintient par un tamponnement vaginal de gaze iodoformée.

Deux jours plus tard, on enlève le drain momentanément ; on pratique une injection intra-utérine à l'aide de la canule vaginale, on fait une nouvelle cautérisation iodée et l'on réintroduit le drain qu'on a lavé dans une solution de sublimé.

On renouvelle cette même pratique trois fois encore de deux jours en deux jours.

Après quoi le drain est enlevé ; et l'on met seulement un tampon de gaze dans le vagin. Trois ou quatre jours après, c'est-à-dire vingt jours après le début du traitement, on l'enlève, et la malade peut se lever. L'utérus est alors revenu sur lui-même, et guéri. On ne permet toutefois la reprise des rapports sexuels que trois semaines plus tard.

Il va de soi que ce traitement doit être commencé dans la semaine qui suit les règles, afin d'être terminé avant la menstruation suivante.

CHAPITRE VI

OPÉRATIONS A ASSOCIER PARFOIS AU TRAITEMENT MÉDICAL.

§ 1. — *Curettage.*

Toutes les fois qu'il y a indication à employer le traitement utérin qui vient d'être décrit, il est rationnel et il peut être préférable de lui associer le curettage. C'est au septième jour, c'est-à-dire après les trois jours consacrés aux grandes irrigations vaginales, et les trois jours employés à la dilatation, qu'il convient de pratiquer cette opération.

Nous ne nous étendrons pas sur le manuel opératoire qu'elle comporte : on abaisse le col à la vulve, à moins qu'il y ait sensibilité des culs-de-sac latéraux : en ce cas l'abaissement pourrait être dangereux. Avec une curette moyenne (les plus grosses étant réservées pour les curettages chez les accouchées) on râcle successivement les deux faces, le fond, les bords de l'organe jusqu'à ce qu'on perçoive le *cri utérin* caractéristique. Avec une curette plus petite on passe dans les angles ; en un mot on s'efforce de ne laisser de

côté aucun point de la muqueuse utérine. Un lavage de l'utérus et du vagin est fait pour enlever les débris de muqueuse. Puis on cautérise la surface interne à la teinture d'iode.

L'anesthésie générale est indispensable pour la pratique de cette opération : la seule contre-indication serait, dans les affections puerpérales, un état profond d'anémie due à d'abondantes hémorrhagies.

§ 2. — *Amputation du col.*

L'amputation du col est parfois nécessaire pour prévenir les réinfections consécutives par les kystes glandulaires de la surface cervicale.

En effet, en pareil cas, les cautérisations ignées exposent à des rétractions fibreuses qui déforment le collet peuvent gêner un accouchement ultérieur. Quant à la ponction des petits kystes, elle n'est pas suffisante pour stériliser à coup sûr les tissus.

Si l'on croit utile l'amputation cervicale, on ne fait qu'une seule journée de dilatation ; le lendemain on pratique le curettage et l'amputation du col ; on panse à la gaze iodoformée. La plaie opératoire demande dix jours pour se fermer : dès que la cicatrisation est produite, on pratique de nouveau la dilatation, et l'on procède au drainage comme il a été décrit précédemment.

§ 3. — *Restauration du plancher pelvien.*

En cas de cystocèle, rectocèle par affaissement du plancher périnéal il faut refaire le périnée et le vagin. Pour cela on reconstituera le périnée par une périnéorrhaphie, on rétrécira la paroi vésicale du vagin (colporraphie antérieure), sa paroi rectale (colporraphie postérieure) ; on y associera dans la même séance le curettage et l'amputation du col, constituant dans leur ensemble le *complet* de Bouilly.

On procède ensuite au traitement médical tel que nous l'avons décrit précédemment.

CHAPITRE VII

CONTRE-INDICATIONS.

Quand l'utérus est fixé par de la cellulite pelvienne quand la salpingite est très prononcée, quand il existe dans les culs-de-sac un empatement qui peut faire supposer des adhérences, on quand présume qu'il y a du pus, soit dans les trompes, soit autour de l'utérus, il faut se garder d'intervenir comme nous l'avons indiqué, car on pourrait rompre les adhérences et déterminer une péritonite chronique, comme le rapporte une de nos observations (Obs. V) bien typique à cet égard.

OBSERVATIONS

A l'appui du mode de traitement que nous préconisons nous apportons un certain nombre d'observations inédites qui nous paraissent concluantes. De celles-ci, les unes nous sont personnelles, d'autres nous ont été fournies par MM. Planque et Panchet, internes des hôpitaux, enfin nous en devons une très remarquable série à M. Beausse-nat, interne des hôpitaux, qui a bien voulu s'en déssaisir en notre faveur. La technique qu'il emploie est exactement la même que celle que nous avons exposée ; seul le choix de la substance caustique est différent ; il emploie en effet le chlorure de zinc au lieu de la teinture d'iode. Ce n'est évidemment qu'un point de détail.

En regardant les heureux effets obtenus par cette pratique, il nous a paru intéressant de relater par le menu une observation de métrite, où le curettage isolé n'a donné que quelques mois de répit, et où, après de longs mois de souffrance la malade a dû subir une double castration. Il nous eût été possible de multiplier les faits de ce genre ; il n'est pas de service hospitalier où l'on n'ait fréquemment l'occasion d'en rencontrer ; mais ce

n'est pas là à proprement parler le sujet de notre travail ; car nous nous sommes proposé pour but de prouver, non que le curettage employé seul exposait à des récidives à bref délai — ce qui n'est guère contesté — mais qu'il est possible d'en rendre les résultats plus durables, à condition de l'associer au traitement par nous exposé.

OBSERVATION I (personnelle).

Métrite catarrhale. Salpingite légère à droite. Traitement médical et curettage. Guérison.

Hélène P..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, pourvue d'une hérédité fâcheuse au point de vue bacillaire, elle-même présente des signes non équivoques d'infiltration des sommets. Accouchée à terme il y a trois ans d'un enfant mort depuis, elle fait dater de là son affection actuelle : elle se plaint de douleurs siégeant de chaque côté du ventre, elle a des pertes blanches ; elle perd également en rouge deux ou trois fois par mois. Sa nervosité extrême nécessite l'examen sous l'éther : on trouve un col utérin volumineux, mobile ; et l'on constate en même temps un léger degré de salpingite droite. Le traitement par la dilatation progressive, le curettage et les cautérisations répétées à la teinture d'iode est institué et l'on obtient un plein succès. La malade revue huit mois plus tard présente une aggravation notable de son état pulmonaire, mais ne se plaint plus du ventre.

OBSERVATION II (personnelle).

Métrite et salpingite. Traitement par dilatation, curettage et cautérisation ; exagération des signes de salpingite ; hystérectomie vaginale. Guérison.

Henriette J..., âgée de 48 ans, entre à Beaujon, salle Laugier.

Bien réglée, les premiers rapports sexuels datent d'un an environ, elle a gagné une blennorrhagie vagino-urétrale qui, traitée par les irrigations au permanganate de potasse, a paru céder au bout de six semaines. Mais depuis trois mois est survenue une leucorrhée abondante ; il y a des symptômes douloureux très intenses ; l'état général est des plus mauvais, altération des fonctions digestives, amaigrissement rapide, dépérissement. A l'examen on sent à droite et à gauche des trompes de volume d'un pruneau au minimum ; mais étant donné l'âge de la malade on hésite devant une opération radicale, et, dans le but de conserver, s'il se peut, l'intégrité de la fonction, on tente le traitement médical.

Aucun résultat ; mais peu de jours après, on constate l'augmentation de volume des trompes. Il faut se résigner à l'hystérectomie vaginale qui est pratiquée par Pauchet avec un plein succès. Mais la malade, exaspérée par la longueur du traitement antérieur, quitte l'hôpital dès le douzième jour après l'intervention. Il ne semble pas que cette imprudence lui ait été préjudiciable ; puisqu'un an après, jour pour jour, elle est venue faire constater dans le service la durée de sa guérison.

OBSERVATION III (personnelle).

Métrite catarrhale avec salpingite, légère à droite, plus prononcée à gauche. Traitée par dilatation et curettage. Guérison complète.

La nommée Julie M..., âgée de 22 ans, exerçant la profession de modèle, entre à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, en mai 1894. Régulée à 13 ans, elle l'a toujours été depuis lors de façon irrégulière. Voici deux mois qu'elle perd très abondamment et souffre du ventre, surtout aux époques menstruelles. Jamais elle n'a eu d'enfant et se défend d'avoir fait aucune fausse couche, bien qu'elle avoue une perte assez abondante il y a six mois au moment des règles. La cavité utérine mesure 8 centimètres à l'hystéromètre. Il existe un léger degré de salpingite à droite ; mais à gauche, on sent une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon. On propose la laparotomie ; mais en raison de sa profession la malade s'y refuse. On institue alors le traitement médical auquel on associe le curettage. Le résultat est des plus satisfaisants : au bout des vingt jours que comporte l'emploi de cette méthode, la malade se sent complètement soulagée ; la trompe droite n'est plus perceptible, la gauche reste douloureuse. Cinq mois après la malade revient à l'hôpital et, quoiqu'elle ait repris l'exercice de son métier, parfois très fatigant, elle ne souffre plus aucunement.

OBSERVATION IV (personnelle).

Endométrite puerpérale aiguë. Dilatation, curettage, cautérisations.

La nommée Marie X... entre à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, le 15 octobre 1895. Elle a fait l'avant-veille de son

entrée une fausse couche de deux mois. On constate depuis des hémorrhagies peu abondantes, le ventre n'est pas ballonné, mais la langue est sale, la température oscille aux environs de 38°, le pouls bat à 100.

L'état général est un peu atteint.

On pratique de grandes irrigations vaginales; mais la température tarde à s'abaisser. Vers le 23 ou le 24 elle s'élève plutôt, le teint est mauvais, le ventre est légèrement ballonné. Un liquide peu abondant mais fétide et sanguinolent s'écoule des voies génitales. A l'examen, le col paraît gros, largement ouvert; l'hystéromètre donne 11 centimètres de profondeur utérine. La dilatation est superflue, et l'on pratique d'emblée le dimanche 26 un curettage suivi de cautérisation à la teinture d'iode et de tamponnement. Dès le soir le thermomètre est tombé de 39°, température du matin, à 38°, 2.

Le lendemain il n'est plus qu'à 37°, 6.

La malade est actuellement à l'hôpital; mais tous les phénomènes d'infection ont rétrocedé.

OBSERVATION V (personnelle).

Méthro-salpingite. Traitement médical. Rupture probable d'adhérences et péritonite. Guérison.

J.-C..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, en juin 1892. Bien réglée, elle a eu un enfant il y a trois ans, a fait une fausse couche il y a 15 mois environ.

C'est depuis lors qu'elle souffre, et la douleur subit une exacerbation notable au moment des règles. On trouve 8 centimètres de cavité utérine. Les pertes blanches sont très abondantes: de l'orifice du col sortent des glaires opalines très adhérents

et qu'il est difficile de détacher avec un pinceau. Il existe de la sensibilité dans les culs-de-sac. On institue le traitement ; il est mal supporté par la malade qui se plaint à chaque introduction de laminaire. Le septième jour, au moment de pratiquer le curettage, on constate que le ventre est ballonné, douloureux. La température est à 38°5. Il survient des nausées et des vomissements.

On met une vessie pleine de glace à demeure sur la paroi abdominale, et l'on donne à la patiente deux lavements laudanisés dans les 24 heures. Le lendemain l'état reste stationnaire, et persiste ainsi durant une dizaine de jours ; on continue la même thérapeutique. Vers le onzième ou douzième jour, la situation s'améliore ; une semaine environ après, les symptômes se sont amendés ; mais quand la malade sort de l'hôpital, au bout de quelques semaines, l'utérus est absolument fixé dans sa place, entouré d'une zone d'adhérences ; sans doute, en abaissant l'utérus à la vulve, avait-on provoqué la rupture d'adhérences, d'où une péritonite qui heureusement n'a pas eu d'issue fâcheuse.

OBSERVATION VI (personnelle).

Métrite catarrhale.

Mme X..., âgée de 34 ans, vient consulter à l'hôpital Beaujon en juillet 1894 pour des coliques abdominales survenant lors des époques menstruelles. Elle a eu un enfant il y a dix-huit mois, et c'est depuis qu'elle se plaint de douleurs et de pertes blanches.

Curettée dans un hôpital, voici huit mois, elle se trouve améliorée pendant six à huit semaines ; puis elle recommence à

souffrir sans que les douleurs aient repris le degré d'acuité qu'elles présentaient avant l'opération. Le toucher n'est pas douloureux, le col est petit, les annexes saines. En somme, la récédive n'est pas inquiétante, et l'on peut se contenter du simple traitement médical. Guérison complète.

OBSERVATION VII (personnelle).

Métrite parenchymateuse. Curettage et Schröder. Guérison.

Mme M. C..., est couchée salle Laugier, chambre 22. Agée de 38 ans, elle n'a jamais eu d'enfant. Elle souffre et perd en blanc depuis 5 ans ; il y a de la dysménorrhée, des troubles gastriques ; la malade devient irritable et hypocondriaque ; et, surtout depuis 5 mois, elle a beaucoup maigri. Le col actuellement est gros, granuleux, ulcéré, fendu ; l'hystérométrie donne neuf centimètres d'utérus ; les annexes sont saines. Traitement médical, curettage et Schröder. La malade veut se lever au bout de quatorze jours.

La guérison n'est pas compromise par cette imprudence, et elle persiste depuis dix-huit mois. Les règles autrefois douloureuses, et irrégulières comme durée et comme quantité, sont à l'heure actuelle normales à tous points de vue.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Métrite parenchymateuse. Cystocèle. Rectocèle. Guérison de toutes ces lésions en 18 jours.

Ph. V..., âgée de 48 ans, et qui a eu cinq enfants à terme entre à la salle Laugier en mai 1894. Elle n'est plus réglée

depuis trois ans ; il y a cinq ans qu'elle se plaint du ventre sans altération de l'état général. Il existe des pertes blanches peu abondantes. A l'examen l'utérus mesure neuf centimètres ; on constate un degré assez prononcé de cystocèle, un degré moindre de rectocèle et l'examen au spéculum s'en trouve gêné.

L'interne de salle, Pauchet, pratique un curetage, une Schröder, une double colporrhaphie et une périnéorrhaphie.

La guérison est complète et se maintient depuis près d'un an et demi.

OBSERVATION IX (personnelle)

Métrite catarrhale. Curetage. Perforation utérine ; guérison néanmoins.

Mme X..., âgée de 32 ans, de tempéramment lymphatique, est soignée à Beaujon, salle Laugier, vers novembre ou décembre 1893. L'état général laisse à désirer, depuis deux ans ; et elle souffre dans le bas-ventre. L'utérus est volumineux ; le col n'est pas très malade.

On institue le traitement médical auquel on associe le curetage ; au cours de l'opération, on perfore le fond de l'utérus. On ne pratique aucune cautérisation, aucune irrigation utérine : on place simplement dans la cavité un tube de drainage ordinaire. Aucun accident ne se produit. La guérison est obtenue, guérison complète, réserve faite de l'état nerveux qui persiste et ne semble s'améliorer que sous l'influence de l'hydrothérapie.

OBSERVATION X (personnelle)

Endométrite catarrhale. Traitement médical. Grossesse ultérieure chez une femme jusque-là stérile.

Jeanne N..., âgée de 27 ans, entre salle Laugier en janvier 1894. Bien réglée jusqu'alors, elle a été prise il y a 10 mois d'une leucorrhée, ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux ; l'écoulement ne s'est pas tari depuis lors. La malade très impressionnable et difficile à examiner est endormie à l'éther : l'examen pratiqué alors permet de constater que les culs-de-sac sont souples ; peut-être les annexes sont-elles augmentées légèrement de volume. L'utérus est en antéflexion. Au spéculum pas d'altération du col, mais de l'orifice suinte un filet de muco-pus. Dilatation progressive et drainage avec un tube gros comme le pouce qui redresse l'utérus. Pour les cautérisations, faute de teinture d'iode, elles sont faites au chlorure de zinc au 1/10^e ; la guérison obtenue ainsi est si complète, que la malade a eu depuis lors un enfant, son premier né.

OBSERVATION XI

Mérite parenchymateuse avec légère déchirure du col.

Justine D..., âgée de 19 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Laugier. Elle a été réglée à 14 ans ; ses premières règles ont été douloureuses. Il y a deux ans, elle a été soignée d'une chaudière à Lourcine-Pascal. Moins d'un an plus tard elle faisait une fausse couche de trois mois, après laquelle il fallut la curet-

ter. Depuis ce temps, pertes blanches assez fréquentes. La malade souffre beaucoup au moment des règles. A l'examen, le col n'est pas volumineux et ne contient pas de kystes glandulaires. L'utérus mesure 8 cent. 1/2.

Après le traitement, les pertes disparaissent ; mais les règles continuent à être un peu douloureuses ; on conseille l'hydrothérapie, mais on ignore le résultat qu'elle a donné car on n'a pas revu la malade.

OBSERVATION XII

Dûe à l'obligeance de M. Planque, interne des hôpitaux.

Blanche Lec..., 27 ans, sage-femme, entre le 17 juillet 1895, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Prengrueber, supplée par M. le Dr Chaput.

Réglée à 13 ans, elle l'a toujours été normalement depuis.

Le début des accidents remonte à un an. La malade eut à ce moment de la douleur de la miction ; en même temps, survint un écoulement vaginal verdâtre, abondant. La douleur de la miction disparut rapidement ; mais l'écoulement persista. Et c'est ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

La malade souffre beaucoup, et la douleur s'irradie de l'abdomen vers les aines et la région lombaire.

Au toucher, le col utérin est un peu gros : les annexes sont douloureuses du côté gauche. Le spéculum ne donne guère de renseignements : la cavité utérine mesure 6 centim. 1/2.

On met la malade au repos complet au lit : dès cette époque, la douleur s'atténue.

Le 20. — On introduit une première laminaire.

Le 21. — Seconde laminaire.

Le 22. — La dilatation est suffisante: on fait le curettage, suivi d'une cautérisation à la teinture d'iode: on laisse une mèche de gaze iodoformée dans la cavité utérine.

Le pansement est renouvelé le 24, le 26, le 28. — On ne fait ensuite que des injections vaginales.

Résultat médiocre: la malade perd tout autant en blanc qu'avant le curettage, et la disparition de la douleur semble devoir être surtout due au repos au lit.

On fait alors à la malade des injections de teinture d'iode avec la seringue de Braune. La première injection est pratiquée le 1^{er} août, sans résultat appréciable.

Seconde injection le 4 août. Dès le lendemain, l'écoulement diminue d'une façon notable.

Troisième injection le 6 août. Les pertes blanches ont complètement disparu le 10 août.

La malade quitte l'hôpital en ce moment. Un mois plus tard, elle nous écrivait qu'elle était complètement guérie, délivrée de sa douleur et de ses pertes blanches.

Remarques. — Voici donc une malade, chez qui le curettage, suivi d'une cautérisation à la teinture d'iode, au moment de l'opération, a été impuissant contre l'écoulement vaginal. Et ce même écoulement a cédé rapidement aux injections intra-utérines de teinture d'iode. Nous nous sommes autorisé de cette guérison pour appliquer à toutes les malades que nous avons curettées pour métrite catarrhale les cautérisations systématiques et répétées à la teinture d'iode. Sauf dans un cas, où il existait des lésions sal-

pingiennes peu accusées mais bilatérales, les résultats obtenus ont toujours été excellents. Nous ne pouvons pas relater ici toutes les observations : elles se résument en ceci : Métrite catarrhale (et nous avons éliminé de parti pris les métrites hémorrhagiques), curettage, injections intra-utérines de teinture d'iode faites d'une façon systématique, guérison. Guérison momentanée, nous dira-t-on. La chose est possible, mais guérison que le curettage seul ne nous aurait peut-être pas donnée à témoin notre première observation où l'action des injections de teinture d'iode est des plus évidentes. Nous relatons deux de ces cas, où l'influence combinée du curettage et de la teinture d'iode se manifeste sur des métrites jusque-là rebelles au traitement.

OBSERVATION XIII

(Planque).

Marcelle Dam..., 31 ans, entre le 10 août 1893 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Pengrueber, suppléé par M. Chaput.

Deux accouchements dont le dernier remonte à trois ans et deux mois. Rien d'anormal à ce moment. Mais, vers le mois de septembre 1893, elle commence à souffrir du ventre. Douleurs

dans les reins, le dos, les aines, accompagnées de pertes qui deviennent de plus en plus abondantes.

Vers le mois de juillet 1894, elle va consulter et suit le traitement suivant: Injections chaudes au sublimé à 1 p. 3000, pansements à la glycérine iodoformée. Ce traitement ne la guérissant pas complètement elle entre à l'hôpital.

Examen. — Pertes muco-purulentes.

Au toucher, col un peu hypertrophié; ulcération de petite dimension à l'orifice. Utérus normal en légère-rétroversion. Rien dans les culs-de-sac du côté des annexes.

Au spéculum, le col est rouge, congestionné.

A l'hystéromètre, la cavité mesure 7 centimètres.

On laisse la malade se reposer trois jours.

Le 14 août. — Première laminaire.

Le 15. — Deuxième laminaire.

Le 16. — Troisième et dernière laminaire.

Le 17. — Curettage suivi de cautérisation intra-utérine à la teinture d'iode et de drainage à la gaze iodoformée. Pansement vaginal avec cette même gaze.

Le 19. — On change le pansement après avoir enlevé la gaze intra-utérine, on fait une injection de teinture d'iode avec la seringue de Braune.

A partir de ce moment, on fait deux fois par jour des injections intra-vaginales d'une solution chaude de sublimé à 1 p. 2.000.

Le 21, le 22, le 23, le 24. Injections de teinture d'iode avec cette même seringue. Puis la malade est laissée au repos, ne conservant que ses injections intra-vaginales bi-quotidiennes.

Elle quitte l'hôpital le 2 septembre, ne présentant plus ni douleurs, ni écoulement, dans un état tel qu'il nous est permis de la considérer comme guérie.

OBSERVATION XIV

(Planque).

Marie Bel..., femme Hu..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Pengrueber, le 17 août.

Elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, irradiées vers les lombes et les aînes, et d'un écoulement muco-purulent. La maladie semble débiter vers le mois de janvier par une blennorrhagie assez intense.

Signes évidents de métrite catarrhale, douleurs, écoulement par l'orifice du col. Rien du côté des annexes.

Après quelques jours de repos, on commence la dilatation. Le 22 août, le 23, le 24, introduction de lamineaires.

Le 25. — Curettage et drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

Le 27. — On change la mèche.

Le 29 — On supprime le drainage et on fait une injection intra-utérine de teinture d'iode au moyen de la seringue de Braune.

A partir de ce jour, injections intra-vaginales biquotidiennes de sublimé à 1 pour 2.000.

Le 30, le 31 août, le 1^{er} septembre, le 2, injections intra-utérines de teinture d'iode avec cette même seringue.

L'écoulement disparaît et le 10 septembre la malade quitte l'hôpital sans douleurs ni écoulement.

Depuis la malade est venue nous revoir. Elle est complètement guérie.

OBSERVATION XV

Due à l'obligeance de M. Beaussenat, interne des hôpitaux.

Madame B..., âgée de 21 ans, couturière, entre le 9 juillet 1894, salle Cruveilhier à Saint-Antoine. Son histoire pathologique date d'il y a 13 mois. A cette époque, fausse couche de 3 mois, depuis laquelle la malade est atteinte d'une leucorrhée abondante et se plaint de douleurs pelviennes à caractère expulsif. Depuis 3 mois les règles sont plus abondantes.

A l'examen, le col est volumineux, hypertrophié; l'utérus est demeuré mobile, et mesure 9 centimètres à l'hystéromètre. Le cul-de-sac gauche est sensible au palper bimanuel. On note des phénomènes dyspeptiques, et des troubles nerveux d'origine réflexe.

On met la malade au repos pendant trois jours, durant lesquels elle est purgée, et prend de grands lavements en même temps qu'elle est soumise à de grandes irrigations vaginales. Dilatation par les lamineaires, curettage, suivi de cautérisation au chlorure de zinc (solution à 1 p. 10).

Drainage et cautérisations nouvelles de deux jours en deux jours. Après cinq séances, trois jours de repos.

La malade sort de l'hôpital, au début d'août, et ne se plaint plus que de quelques troubles dyspeptiques.

Revue en novembre, elle n'a plus présenté aucun phénomène du côté de l'utérus. Elle a d'ailleurs contracté la syphilis.

OBSERVATION XVI

(M. Beaussenat.)

Mlle L..., domestique, âgée de 40 ans, est entrée le 16 août 1893, hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhier.

Cette femme, qui n'a jamais eu grossesse ni fausse-couche, a des pertes blanches depuis quelques années, des ménorrhagies peu abondantes depuis cinq mois. Il y a trois mois a été prise de douleurs rectales, avec sensation de pesanteur anale et constipation; depuis lors, une fatigue un peu excessive, marche, travail, station debout, provoque chez elle une incontinence d'urine passagère.

Examen. — Cystocèle prononcée. Léger degré de rectocèle. Le col est à la vulve, gros, dur, entr'ouvert. L'hystéromètre marque huit centimètres, l'utérus est mobile, mais on le trouve en rétroversion, facile à réduire du reste.

Traitement. — Du 16 jusqu'au 22 août, repos au lit et lavements journaliers; irrigations vaginales.

A partir du 19 on a mis des lamineaires.

Le 22. — Curettage, cautérisation au chlorure de zinc, tamponnement massif du vagin à la gaze iodoformée.

Après 15 jours de ce traitement, repos absolu au lit jusqu'au 6 septembre.

La métrite est guérie.

Le 6 septembre. — Colpopérinéorrhaphie avec amputation du col.

Résultat. — Le résultat opératoire immédiat est excellent. Il en est de même des suites éloignées, et la malade revue longtemps après se porte bien.

OBSERVATION XVII

(Dûe à M. Beaussenat.)

Marie P..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, en août 1893.

A la suite d'un accouchement laborieux, ayant nécessité l'emploi du forceps et occasionné des hémorrhagies assez abondantes, la malade a eu de la leucorrhée pendant deux ans. Douleurs pelviennes fréquentes, surtout à propos du coït et au moment des règles.

L'utérus est mobile. Hystérométrie : 7 cent.

Premier temps du traitement. — Après trois jours de repos, et trois jours de dilatation, on fait un curettage auquel on associe l'amputation de Schrœder. Pansement, 10 jours de repos absolu, au bout desquels la cicatrisation du col est complète.

Deuxième temps. — On remet des laminaires ; puis l'utérus dilaté à nouveau, on procède à une cautérisation au chlorure de zinc, puis au drainage. On réitère quatre fois la même pratique de deux jours en deux jours.

Résultat. — Guérison.

OBSERVATION XVIII

Dûe à M. Beaussenat.

Léonie M..., âgée de 21 ans, laitière, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Rostan, en août 1893.

Atteinte de métrite chronique, et d'un léger degré de salpingite catarrhale droite, elle a été curettée il y a un an. Récidive presque immédiate.

On la soumet au traitement indiqué dans les précédentes observations.

Résultats excellents, au point de vue immédiat. On n'a pu revoir la malade.

OBSERVATION XIX

(Dûe à M. Beaussenat).

Philomène T..., ménagère, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Rostan, le 11 juillet 1893.

On constate chez elle les signes habituels de la métrite chronique, sans participation des annexes; on constate également une déchirure du col. Les lésions datent d'un accouchement laborieux, remontant il y a quatre ans.

Traitement. — Trois jours de repos, trois jours de laminaires. Curettage; Emmet et drainage *dans une même séance.*

A la suite traitement habituel pendant 15 jours, avec cette différence que la seconde cautérisation n'a été faite que le quatrième jour, la troisième, le septième jour et avec de grandes

précautions pour ne pas compromettre le résultat de l'opération d'Emmet.

La malade sort au milieu d'août, sans leucorrhée, ni douleurs. N'a pu être revue ultérieurement.

OBSERVATION XX

Dûe à M. Beaussenat.

Louise M..., âgée de 20 ans, entre à Saint-Antoine, salle Rostan, en septembre 1893.

Son passé pathologique ? une chaudepisse il y a 2 ans ; depuis leucorrhée ; les pertes blanches sont devenues beaucoup plus abondantes ces derniers mois, en même temps qu'apparaissaient des douleurs pelviennes à caractère expulsif.

L'utérus est douloureux. Le col, rouge, turgescant, est le siège d'un écoulement muco-purulent. Dans le cul-de-sac droit, on sent la trompe qui forme un cordon sinueux, induré, très douloureux.

Traitement. — Comme dans les cas précédents, on procède au curettage sans abaisser l'utérus, en raison de la salpingite.

Résultats. — Amélioration notable de la salpingite : les douleurs ont disparu. Il en est de même des douleurs d'origine utérine et de l'écoulement qui n'existent plus, quand au bout d'un mois, la malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XXI

Dûe à M. Beausse nat.

Mme C..., âgée de 33 ans, entre le 27 juillet 1894, salle Cruveilhier, à l'hôpital Saint-Antoine.

Elle a eu trois fausses couches et une blennorrhagie compliquée de cystite.

Actuellement on constate des signes de métrite, avec lésions hypertrophiques du col : celui-ci est dur, volumineux, avec ectropion de la muqueuse. Depuis trois mois, il existe une leucorrhée abondante et de la tendance aux hémorrhagies.

Traitement. — Un seul jour de repos.

Deux jours de laminaires.

Le 30 juillet. — Amputation du col de Schroeder et curetage sans drainage.

Le 8 août. On refait la dilatation, et l'on reprend le traitement de l'endomètre par les cautérisations au chlorure de zinc et le drainage. Ce second temps du traitement est continué durant dix jours.

Résultat. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XXII

(Dûe à M. Beausse nat).

Mme D..., âgée de 27 ans, est entrée le 17 décembre 1894, salle Cruveilhier, hôpital Saint-Antoine.

Histoire pathologique. — Fausse couche il y a six ans.

Depuis lors, douleurs pelviennes à chaque époque menstruelle et à une ou deux reprises dans l'intervalle.

Depuis deux mois, les douleurs ont pris un caractère aigu ; la marche est à peu près impossible, le sommeil troublé par des paroxysmes douloureux, avec irradiations médianes, fémorales, inguinales.

Examen. — Le col est gros, dur, violacé, hérissé de saillies glandulaires avec éversion considérable de la muqueuse.

L'utérus mesure huit à l'hystéromètre.

Dans chaque cul-de-sac latéral existe un cordon douloureux.

Traitement. — 1^{er} temps ; Après un seul jour de dilatation curettage et opération de Schroeder, huit jours de repos absolu.

2^e temps ; Au bout de ce temps, on procède à une nouvelle dilatation, et l'on pratique le drainage avec cautérisations tous les deux jours.

La malade sort le 8 janvier, et garde le repos au lit chez elle pendant dix jours.

Résultat. — Depuis ce temps, la malade a donné de ses nouvelles à maintes reprises et elles sont des plus satisfaisantes.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Métrite traitée par curettage sans cautérisations ni drainage. Guérison temporaire. Récidive au bout de 8 mois. Traitement par repos et grandes irrigations. Deux ans plus tard, abcès dans cul-de-sac postérieur, incisé par voie vaginale. Guérison, puis au bout de 4 mois : signes de péritonite. Laparotomie. Castration double. Guérison.

La nommée Charlotte B..., âgée de 23 ans, entre dans la salle Cochin, hôpital Cochin, en avril 1892, pour une métrite

chronique. Traitée par le curettage, elle sort guérie ; mais huit mois plus tard, la malade souffre à nouveau du ventre, principalement à l'époque des règles qui sont abondantes et durent 6 et 7 jours ; écoulement peu abondant. Grâce à l'hygiène très rigoureuse que suit la malade, désireuse d'échapper à une nouvelle intervention, cet état de choses se prolonge avec des alternatives de mieux et d'aggravation, jusqu'en novembre 1894. A cette époque, douleurs violentes, fièvre 39°,5 le soir ; la malade entre à l'hôpital Broussais, salle Broca, n° 9. A l'examen, on constate un abcès pointant dans le cul-de-sac postérieur ; il est incisé par voie vaginale. Drainage. Guérison pendant 4 mois. En mai 1895, la malade est reprise de douleurs violentes, avec irradiations dans les membres inférieurs, surtout à gauche ; température élevée ; langue sale ; faciès grippé ; vomissements porracés.

Elle entre à Laënnec, salle Chassaignac, lit n° 12 ; après quelques jours de repos complet au lit, les phénomènes péritonitiques s'amendent. L'on constate dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche, une tuméfaction volumineuse ; le toucher rectal précise ces données. Le 20 mai, la laparotomie est pratiquée ; on trouve à gauche une tumeur, du volume d'une orange, constituée par les annexes qui sont transformées en une éponge purulente. Cette tumeur est adhérente au petit bassin, et c'est avec beaucoup de difficulté qu'on parvient à la décortiquer. L'ovaire et la trompe droits moins profondément altérés sont pourtant assez atteints pour qu'on en juge l'ablation indispensable. Drainage à travers la paroi abdominale, à cause de l'hémorrhagie en nappe produite par la rupture des adhérences ; le drain est enlevé au bout de 5 jours, et malgré la gravité de l'intervention, la malade sort guérie au bout de 25 jours : la plaie était fermée depuis une huitaine de jours.

La guérison peut être désormais considérée comme définitive,

réserve faite des troubles sans gravité qui suivent les castrations : bouffées de chaleur, maux de tête, léger suintement sanguinolent par l'orifice inférieur de l'utérus, nervosité, altération ou aggravation d'un caractère naturellement assez fâcheux ; hypochondrie.

Il n'en est pas moins vrai que voilà une malade qui, après un curetage sans association de drainage, ni de cautérisation, a trainé une vie de demi-infirmes pendant deux années, et s'est vue acculée à deux interventions opératoires dont la castration double, chose toujours regrettable surtout en pleine jeunesse.

Il nous serait possible de multiplier les observations de ce genre, et toutes déposant dans le même sens : à savoir que le curetage est à lui seul une opération insuffisante, et exposant aux récidives tôt ou tard.

CONCLUSIONS

I. — Tant que l'infection ascendante des voies génitales n'a pas dépassé l'étape utérine, elle peut et doit être guérie.

II. — Le traitement à employer n'est pas l'unique curettage, que l'expérience a démontré insuffisant pour prévenir les récives.

III. — Le traitement le plus efficace comporte, dilatation progressive, cautérisations répétées à la teinture d'iode, drainage de la cavité utérine. La durée en est de 20 jours.

IV. — A ce traitement, il est toujours utile d'associer le curettage qu'on pratique avant la première séance des cautérisations.

V. — S'il existe des causes de réinfection du côté de la portion vaginale du col ou des parois vaginales elles-mêmes on doit y parer par l'amputation du col ou la restauration du plancher pelvien sous peine de rendre inutile le traitement utérin proprement dit.

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- LETIXERANT. — Quelques observations pratiques sur la cautérisation du col de l'utérus. Th. Paris, 1852.
- PLAYFAIR. — Note on the systematic treatment of nuve-prostaction connested with uterine discease. Lanet, 1881.
- HART ET BARBOUR. — De la lacération du col. Annales de gynécologie, 1883.
- WILSON. — Troubles réflexes dans les maladies de l'utérus. Soc obst. de Philadelphie, 4 fév. 1886.
- BOUILLY. — Traité de Pathologie externe. T. IV, p. 345.
- COURTY. — Article « métrite ». Dict. Encyc. des sc. médicales.
- MARTINEAU. — Leçons sur la thérapeutique de la métrite. Paris, 1887.
- DOLÉRIS. — De l'endométrite et de son traitement. In nouv. arch. gyn., 1887.
- FOURNIER. — Du traitement des métrites chroniques. Th. Paris, 1887.
- SUBINAN. — De la médication intra-utérine. Arch. toc., 1887.
- VEPER. — Curettage. Th. Paris, 1887.
- BERMUTZ. — Conférence clinique mal. femmes. Paris, 1888.
- DESPREAUX. — Curettage de l'utérus. Technique et indications. Th. Paris, 1888.
- POULLET. — De l'intervention intra-utérine dans les métrites. Lyon médical, 1888.
- DOLÉRIS. — Considérations cliniques sur la métrite cervicale. Nouvelles archives d'obst. et de gyn., 1888.

- BUDIN. — Leçons de clinique chirurgicale. 1889.
- DUMONTPALLIER. — Gazette des hôpitaux, 1889.
- POLAILLON. — Bulletin de l'académie de médecine, 1889.
- CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites.
- PERAIRE. — Endométrites infectieuses. Th. Paris, 1889.
- RICHELOT. — Endométrite et curettage. Ann. gyn., 1889.
- ROUX ET SENEEL. — Emploi de l'iodoforme dans le traitement de la métrite chr. Ann. gyn., 1889.
- SINETY (de). — Art. Utérus. Dict. Encycl. des sc. méd., 1889.
- POTHERAT. — Du curettage de l'utérus. Rec. gén. de clinique et de thérapeutique, 1889.
- CANTIN. — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales. Thèse de Paris, 1889.
- VANGEON. — Contribut. à l'étude de la métrite chronique par les caustiques. Th. Paris.
- REGNIER. — Traitement des endométrites. Gaz. hôpitaux, 1890.
- COUTURIER. — Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique. Th. Paris, 1890.
- DOLÉRIS. — Pathogénie des affections du col. Nouvelles archives d'obst. et de gyn., 1890. Métrite du corps et du col. Bulletin de l'académie de méd., 5 août 1890.
- BOUILLY. — Traitement des endométrites par le curettage. Bulletin méd., 23 février 1890.
- GRANDMAISON (de). — Des métrites. Gazette des hôpitaux, 1890.
- PIQUET. — Du curettage de l'utérus. Revue gén. de clinique et de thérapeutique, 1890.
- BAZY. — Du traitement médical et en particulier du curettage utérin et de leur influence ou les lésions des annexes Arch. de méd., 1891.
- DOLÉRIS et BONNET. — Métrite cervicale. Pathologie et thérapeutique du col utérin. Nouvelles arch. d'obst. et de gyn., 1891.

CAILLENS. — Des procédés actuels de la dilatation artificielle de l'utérus et de leur application en gynécologie. Th. de Montpellier, 1891.

CHÉRON. — Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles. Rev. mal. des femmes 1891.

PESCHER. — Opérations de Schröder. Th. de Paris, 1891.

ARTIÈRE. — Déchirure du col de la matrice et trachélorraphie. Th. de Montpellier, 1891.

MORVAN. — Th. de Paris, 1891.

PLAYFAIR. — Complications nerveuses des maladies utérines. Lancet 1891.

CARBENEL. — Du traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution.

FESCHER. — Contribution à l'étude de l'opération de Schröder. Th. Paris, 1892.

DELBET. — Traité de chirurgie, tome VIII.

LACQARRET. — Nervosisme et troubles gastriques dans les affections chroniques de l'utérus. Arch. clin. de Bordeaux, 1892.

ROHÉ. — Rapports des maladies utérines et des troubles psychiques chez la femme. Am. Journal of obst., 1872.

BERLIN. — Curettage de l'utérus. Th. Paris, 1892.

PICQUÉ. — De quelques causes d'échec dans le traitement de l'endométrite par le curettage. Gaz. des Hôpitaux, 1892.

HUGUENIN. — Résultats du curettage utérin. Th. Paris, 1893.

RIBEMONT et LEHAYE. — Traité d'obstétrique, 1893.

BOUILLY. — Endométrite cervicale glandulaire chronique et son traitement. Semaine médicale, 1893.

DESFONTAINES. — Traitement de la métrite du col. Th. Paris, 1893.

THEILBAHER. — Corrélation entre les troubles gastro-intestinaux

et les affections génitales de la femme. Berliner Klin. Voch. 1893.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, 1894.

FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale. Tome II.

MURET. — Du rôle du système nerveux dans les affections gynécologiques. Nouvelles arch. d'obst. et de gyn., 1894.

LORIDANT. — Du traitement indirect de la salpingite. Th. Paris, 1894.

DZUMBOWSKI. — Sur le traitement de la métrite catarrhale par le chlorure de zinc. Now. lek., 1894.

RAFFRAY. — Des métrites. Considérations cliniques et thérapeutiques. Th. Paris, 1895.

E. FORT. — Traitement des métrites par la solution de chlorure de zinc. Th. Paris, 1895.

TAURIN. — Du rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus. Th. Paris, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I. — Etiologie des métrites.....	11
CHAPITRE II. — Etude clinique des métrites.....	11
§ 1. — Métrites aiguës.....	11
§ 2. — Métrites chroniques	16
CHAPITRE III. — Traitement prophylactique.....	20
CHAPITRE IV. — Traitement des endométrites aiguës.....	23
CHAPITRE V. — Traitement médical des métrites chroniques...	25
CHAPITRE VI. — Opérations à associer parfois au traitement médical.....	28
§ 1. — Curettage.....	28
§ 2. — Amputation du col.....	29
§ 3. — Restauration du plancher pelvien.....	30
CHAPITRE VII. — Contre-indications.....	31
OBSERVATIONS.....	32
CONCLUSIONS.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57

